



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

JÉSSICA DE AQUINO RIBEIRO

TERAPIA OCUPACIONAL NO NÚCLEO DE ATENÇÃO À  
SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PRÁTICA EM CONSTRUÇÃO-  
CEILÂNDIA- DF

Brasília – DF

2016

JÉSSICA DE AQUINO RIBEIRO

TERAPIA OCUPACIONAL NO NÚCLEO DE ATENÇÃO À  
SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PRÁTICA EM CONSTRUÇÃO-  
CEILÂNDIA- DF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Universidade de Brasília – Faculdade de  
Ceilândia como requisito parcial para  
obtenção do título de Bacharel em Terapia  
Ocupacional.

Professor Orientador: Josenaide Engracia dos  
Santos

Brasília – DF

2016

**JÉSSICA DE AQUINO RIBEIRO**

**TERAPIA OCUPACIONAL NO NÚCLEO DE ATENÇÃO À  
SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PRÁTICA EM CONSTRUÇÃO-  
CEILÂNDIA- DF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Terapia Ocupacional.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra., Josenaide Engracia dos Santos  
Orientador(a)

---

Profa. Dra., Silvia Guimarães  
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

**Brasília,.....de.....de.....**

## **RESUMO**

A Atenção Primária de Saúde (APS) representa o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde, constituída como a principal porta de entrada da saúde pautada nas seguintes diretrizes: longitudinalidade, integralidade, coordenação e foco na família. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), visa à reorganização da atenção primária a saúde no País, no campo assistencial, para apoiar a ESF, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF) com a presença de várias categoriais profissionais, inclusive a Terapia Ocupacional. Objetivo entender como a prática da terapia ocupacional vem sendo construída no cenário da atenção primária de saúde na cidade de Ceilândia- DF, mais precisamente no Núcleo de atenção à saúde da família. O estudo obedeceu às normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos e aprovada pelo comitê de ética da Fundação de Ciências da Saúde-Brasília. Realizou-se uma pesquisa qualitativa para compreender as experiências subjetivas levando em conta a singularidade da prática do Terapeuta Ocupacional no NASF. A análise foi realizada por meio do Mapa de Associação de Ideias. Os resultados foram organizados por categorias: Inserção da Terapia Ocupacional no NASF; Diferencial da profissão; Interação dinâmica entre os saberes; Extinção do NASF. A realidade vivenciada pelo Terapeutas Ocupacionais do NASF incita a necessidade de resignificação das práticas, na medida em que, o desafio da interação de saberes emerge e a possibilidade de extinção do NASF, o que prejudicaria o atendimento prestado a indivíduos e suas famílias, os quais se encontram em grande quantidade em situações de vulnerabilidade social.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Núcleo de atenção à saúde da família; Terapia Ocupacional.

## **ABSTRACT**

Primary Health Care (PHC) represents the first level of contact between the population and the health system, constituted as the main gateway to health according to the following guidelines: longitudinality, completeness, coordination and focus on the family. The Family Health Strategy (ESF), aimed at reorganizing primary health care in the country, in the field of care, to support the FHT, the Ministry of Health created the Family Health Support Centers (NASF) with the presence of Professional categories, including Occupational Therapy. Objective: To understand how the practice of occupational therapy has been built in the scenario of primary health care in the city of Ceilândia- DF, more specifically in the Family Health Care Center. The study obeyed the norms and guidelines that regulate the research with human beings and approved by the ethics committee of the Foundation of Health Sciences-Brasília. A qualitative research was conducted to understand the subjective experiences taking into account the singularity of the Occupational Therapist practice in NASF. The analysis was performed through the Map of Association of Ideas. The results were organized by categories: Insertion of Occupational Therapy in NASF; Differential of the profession; Dynamic interaction between knowledge; Extinction of NASF. The reality experienced by the Occupational Therapists of the NASF prompts the need for re-signification of the practices, insofar as the challenge of the interaction of knowledge emerges and the possibility of extinction of the NASF, which would harm the care provided to individuals and their families, which Are in large numbers in situations of social vulnerability.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health; Core health care of the family; Occupational therapy.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Atenção Primária de Saúde e Terapia Ocupacional.....	10
2. METODOLOGIA.....	11
3.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	13
3.1 Inserção da Terapia Ocupacional no NASF;.....	13
3.2 Diferencial da profissão;.....	15
3.3 Interação dinâmica entre os saberes;.....	16
3.4 Extinção do NASF;.....	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
5. REFERÊNCIAS.....	21
6. APÊNDICES.....	25

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é categoria de atenção concebida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata na década de 70. A APS deve constituir a principal porta de entrada do sistema de saúde e tem como atributos: a continuidade, a integralidade, a coordenação, a centralidade na família, a orientação para a comunidade e a adequação cultural na atenção à saúde (STARFIELD, B. 2002).

A APS teve momentos importantes na sua implantação, como o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, na década de 1970, período que foi caracterizado pela luta de movimentos sociais que preconizou a reorganização dos serviços básicos de saúde e reivindicaram novas medidas social, tendo como acontecimento o processo de redemocratização do país. Essa movimentação resultou na proposição e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), integrado à Constituição Federal de 1988, que assegurou legalmente a assistência à saúde como direito de todos os cidadãos (REIS. F., et al. 2012).

Com a normatização do Programa de Saúde da Família, em 1996, e posteriormente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde com de ações ambientais e intersetoriais, assim APS passa a ter uma concepção de atenção à saúde ampliada e com vistas à integralidade. A ESF encerra em sua concepção mudanças importantes na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir a Equipe de Saúde de Família multiprofissional que é responsável pela atenção à saúde da população de um dado território, ao definir o generalista como o profissional médico da atenção básica e ao instituir os agentes comunitários de saúde (ACS) como profissionais mais próximos da comunidade, ampliando assim a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde/doença (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Para apoiar a ESF na rede de serviços, ampliar a abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção primária à Saúde (APS), o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2010). O NASF tem como responsabilidade central trabalhar e intensificar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação popular, território,

integralidade, controle social, educação em saúde, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010). “O NASF então é criado como um dispositivo que integra o modelo assistencial do SUS, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica”(Ministério da Saúde, 2008a, Art.1º).

De acordo com a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, dividia em duas modalidades de NASF. O NASF 1 é composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, pediatra, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses NASF's deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de vinte equipes de ESF, atendendo os municípios com contingente populacional acima de 20.000 habitantes (BRASIL, 2010a).

O NASF 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional, e se vincular a no mínimo três equipes de ESF's, sendo destinado a acolher os municípios com densidade demográfica de até 10 habitantes por km (BRASIL, 2010a).

No âmbito do SUS, a modalidade NASF 3 foi criada a partir da Portaria GM/MS nº 2.843, de 20 de setembro de 2010, tendo como prioridades a atenção integral em saúde e a saúde mental, contemplando usuários de crack, álcool e outras drogas, na Atenção Básica em municípios com população inferior a 20.000 habitantes (BRASIL, 2010a). As Portarias GM/MS nº 154/2008 e 2.843/2010 foram revogadas pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 2 de outubro de 2011. Assim ocorreram alterações no NASF, que passou a ser estruturado em apenas duas modalidades: NASF 1 e NASF 2 (BRASIL, 2011a).

O principal método de trabalho utilizada pela equipe do NASF é o apoio matricial, que tem como objetivo assegurar retaguarda especializada às ESF. Esse apoio pode acontecer de duas formas, a primeira se dá a partir da oferta de assistência especializada ao usuário nas situações de maior complexidade, após pactuação entre ESF e NASF, e a segunda se dá pela oferta de suporte técnico pedagógico (CAMPOS; DOMITTI, 2007). As ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem o NASF são feitas de forma multidisciplinar, deve envolver discussões de casos, de temas relacionados à educação permanente, tendo compromisso entre os profissionais envolvidos, planejamento e



programação de ações como construção de propostas de grupos, atendimentos e intervenções entre as equipes, ações de vigilância em saúde, monitoramento e outras. O uso do método apoio matricial propõe tornar mais amplo a compreensão sobre o processo saúde/doença a partir da escuta e integração de diversos saberes e práticas, também auxilia a operacionalização de um modelo que entenda estes processos de forma mais conjunta (LANCMAN, S.; BARROS 2011).

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas. A equipe de referência é formada por vários profissionais considerados primordiais para a condução de problemas de saúde dos usuários, dentro de cada campo de conhecimento. Desta forma, a equipe de referência é constituída por diferentes especialistas e profissionais responsáveis de intervir sobre o mesmo objeto, problema de saúde, procurando somar objetivos comuns sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que atuando com diversas formas de intervenção (CAMPOS; DOMINITTI, 2007).

A intervenção do terapeuta ocupacional que atua na atenção primária em saúde, a partir de duas áreas, reabilitação física e saúde mental, porém a proposta do NASF traz a necessidade de um profissional generalista, pois todos os profissionais do NASF dão apoio as ESF em demandas distintas que sejam relevantes nos territórios específicos de ação, que variam da saúde da mulher, gestante, criança, a saúde dos idosos, questões de violências, entre outras (LANCMAN, S.; BARROS 2011), ou seja, no âmbito da promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde para o NASF (ROCHA. E. F., et al. 2012). Diante da necessidade de profissional generalista, como tem sido a inserção da Terapia Ocupacional no NASF? Quais os desafios têm enfrentado?

Para compreensão sobre a T.O no NASF aqui pretendida elegeu-se como objetivo geral: Entender como a prática da terapia ocupacional vem sendo construída no cenário da atenção primária de saúde. Neste estudo, as narrativas serão analisadas no entendimento do discurso como prática, enfatizando-se os diferentes elementos que permeiam a produção discursiva no cotidiano de trabalho da T.O no NASF. Com o objetivo de subsidiar a compreensão da T.O no NASF e contribuir na construção de conhecimento da T.O na APS.

## **1.1 Atenção Primária de Saúde e Terapia Ocupacional:**

Segundo a declaração Alma-Ata a Atenção Primária de Saúde (APS) representa o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde, levando o cuidado mais próximo as localidades onde as pessoas moram e trabalham. Logo o acesso à participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, pretende contrapor-se ao elitismo da assistência médica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Com a compreensão da APS abrangente, a APS passa a realizar uma atenção universal à saúde, buscando a integralidade e horizontalidade nos sistemas de saúde, objetivando garantir a qualidade do cuidado, com ênfase na promoção, prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Para fortalecer os princípios organizativos do SUS, a ESF chega como política nacional de saúde em 1994 para ampliar a resolutividade e reorganizar a rede de assistência à saúde no Brasil. A ESF tem sob sua responsabilidade um determinado território, com uma população definida, que a partir do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, intervém sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, oferecendo às pessoas atenção integral, continua e de qualidade (BRASIL, 2010).

A ESF é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo ser ampliada com a equipe de saúde bucal, que se tornam referência para um número de 600 a 1000 famílias, definida no território da ESF. As equipes NASF's se configuram como equipes multiprofissionais que trabalham de forma integrada com as equipes de ESF (BRASIL, 2010). No NASF temos uma equipe multiprofissional, com psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

O terapeuta ocupacional é um profissional habilitado para trabalhar no NASF na lógica proposta do apoio matricial, podendo ter sua atuação baseada diretamente na comunidade (WFOT, 2003). Desde a sua formação o terapeuta ocupacional está preparado para compreender e para intervir nas dificuldades relacionadas a realização de atividades do cotidiano, como as atividades de vida diária (AVD's) e Atividades de Vida Prática (AVP's), tendo o conhecimento e possibilidade de contribuição do também para adaptações de ambiente, utensílios e meios de locomoção dos indivíduos que necessitem (NEISTADT, 2008). A atenção básica sendo o nível de atenção à saúde que está mais

próximo do cotidiano dos usuários, a terapia ocupacional pode desenvolver diversas ações que garantam a efetivação dos princípios do SUS, da Atenção Básica, e mais especificamente as diretrizes do NASF.

Segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a Terapia Ocupacional é uma área do conhecimento, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos. No NASF o terapeuta ocupacional desenvolvem atividades voltadas para promoção, prevenção e reabilitação a saúde com foco clínico assistencial.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo com objetivo de compreender as experiências subjetivas levando em conta a singularidade do indivíduo, pois sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Assim também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere (MINAYO, 2012).

O eixo teórico conceitual que norteia a pesquisa é o Construcionismo Social, que permite capturar o processo da produção de sentidos dentro dos contextos sociais (SPINK, 2004), uma vez que se interessa por identificar os repertórios, os formatos com as quais as pessoas relatam sua percepção e vivência de mundo (SANTOS; CARDOSO, 2011), há interesse pelo interesse dos sentidos na vida cotidiana (SPINK, 2004). Os temas explícitos pelo indivíduo, que são essencialmente heterogêneos, traduzem o pensamento, o senso comum de um grupo social, entendendo o indivíduo em uma concepção social, pois a realidade é socialmente formada (SPINK, 2004).

Segundo Gergen (apud RASERA; JAPUR, 2001) “A investigação construcionista preocupa-se com a explicitação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem”. Entende-se que as atitudes humanas são narráveis e observáveis, as falas e experiências dos atores sociais fornecem informações

significativas para que o pesquisador, através de encontros e conversas, amplia o acesso à produção de sentido dos usuários (SPINK, 2004).

O cenário da pesquisa foi o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) de Ceilândia do Distrito Federal e os participantes da pesquisa foram três terapeutas ocupacionais que atuam no serviço do NASF com jornada de trabalho de 60 horas semanais como residentes. O critério de inclusão para participar da pesquisa foi ter mais de seis meses no serviço, concorda em participar da pesquisa e assim assinar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento para realização da pesquisa foi a entrevista semiestruturada, pois ela “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e entendimento de sua totalidade [...]” mantendo a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de dados (TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas seguiram um roteiro, por meio de tópicos norteadores, de informações referentes a entrada, vivência do Terapeuta Ocupacional no NASF, à formação para a prática atual, às atividades realizadas pelo Terapeuta Ocupacional e à articulação de ações entre os profissionais da equipe NASF. As entrevistas foram registradas em áudio e posteriormente transcritas.

Realizada a transcrição literal das entrevistas a análise dos dados foi feita através do Mapa de Associação de Ideias, que é um recurso de visualização que tem objetivo de dar suporte ao processo de interpretação e facilitar a comunicação das etapas do processo interpretativo (SPINK; LIMA, 2004). De acordo com Spink (2010), o mapa é um instrumento que possibilita visualizar o processo de “interanimação que proporciona, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando perguntamos certas coisas ou fazemos certos comentários”.

A construção do mapa de associação de ideias se dá pela definição de categorias gerais, geralmente retiradas dos objetivos específicos da pesquisa. Para análise de conteúdo, busca-se sistematizar o conteúdo das transcrições a partir das categorias propostas. Mantém-se a sequência das falas do entrevistador e entrevistado de forma a preservar o caráter dialógico e local da produção de sentidos sobre determinada categoria (SPINK, 2004). A partir da construção da tabela com o número de colunas de acordo com as categorias criadas, a transcrição é transposta literalmente, sendo os trechos das entrevistas deslocados conforme a coluna/categoria apropriada.

A pesquisa obedeceu às normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovada na pesquisa Ponto de Cuidado - Ação e intervenção na Atenção Primária a Saúde. O anonimato dos participantes foi garantido por meio da utilização da abreviatura “E”, de entrevistado, seguida por numerais arábicos, em ordem crescente, conforme explicitado: E1, E2, E3.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A experiência conduzida na pesquisa teve como elemento facilitador o despertar imagético motivado pela intervenção da Terapia Ocupacional do NASF. Entremeadas por narrativas os símbolos surgem e revelam as marcas da compreensão da Terapia ocupacional no próprio jeito de cada participante da pesquisa que lembra o filme a “Colcha de Retalhos”, onde os terapeutas ocupacionais são levados às indagações interiores, quase sempre silenciosas e frequentemente instantâneas disparadas pela pergunta norteadora: Como você pensa a vivência da Terapia Ocupacional no NASF? E os resultados materializam a contrastação entre o que pensa e sabe o Terapeuta Ocupacional sobre a realidade do NASF categorizada em: Inserção da Terapia Ocupacional no NASF; Diferencial da profissão; Interação dinâmica entre os saberes; Extinção do NASF.

#### **3.1 Inserção da Terapia Ocupacional no NASF;**

Os participantes discutiram acerca da inserção do Terapeuta Ocupacional no campo, apontaram que existem realidades diversas, contextualizadas. Numa interpretação sobre a inserção da Terapia ocupacional no NASF, os depoimentos associam a Terapia Ocupacional a dois lugares; Primeiro a identificação da prática da profissão com os pressupostos da humanização e territorialização da APS e segundo a um desconhecimento da profissão para outros profissionais e usuários. Assim sendo, por um lado temos o lugar onde se reconhece uma identidade da Terapia ocupacional, um sentido de pertença, uma afetividade relacionada com aspectos vivenciais, cotidianos da atenção primária a saúde e por outro, o não lugar, vazio de referência vivencial dos outros profissionais conforme fala:

*“Ele tem a dificuldade que tem a própria profissão desde a até hoje né desde a criação até hoje que é a falta de conhecimento e tal, o pessoal não conhece muito a profissão, nem paciente nem profissional então ocorrem poucos encaminhamentos para terapia ocupacional e são pouquíssimos os pacientes que pensam “a eu preciso de um Terapia Ocupacional”. E1*

*“O Terapeuta Ocupacional, ele tem espaço só que as pessoas ainda não sabem que é da Terapia ocupacional poucas pessoas estão sensibilizadas pela terapia ocupacional.” E3*

*“A Terapia Ocupacional é um dos poucos profissionais que vê potencialidade, não vê doença, aí por exemplo chega uns casos pra mim demanda de queixas, de fragilidades, de doenças sintomas, aí eu sempre pergunto o que essa pessoa gosta de fazer, ela vai à igreja, participa de grupo na comunidade”. E3*

Os profissionais falaram também sobre potencialidades e possibilidades de atuação neste campo, principalmente o matricial - indica a possibilidade de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal acordando linhas de intervenção. Em contraposição, os depoimentos reafirmam o que Carvalho (2012) diz sobre a Terapia Ocupacional, ou seja, mesmo que com seu crescimento, o desconhecimento a respeito da profissão ainda parece ser um incômodo aos profissionais. Em recente pesquisa junto aos terapeutas ocupacionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade do Rio de Janeiro, foi constatado que 24% dos profissionais entrevistados apontaram a falta de reconhecimento da profissão como o principal desafio em sua prática (Carvalho, 2010), que coaduna o depoimento de E1 e E3.

Segundo o que foi relatado a questão da diluição da profissão no contexto amplo da saúde dificulta também o entendimento da Terapia Ocupacional. Outro aspecto ressaltado é ver em uma perspectiva, de mudanças e implementações, a prática multidisciplinar do NASF apontado pelos profissionais como um desafio principalmente no que concerne ao apoio matricial.

*“Então assim primeiramente você é visto como um profissional de saúde, pra mim isso foi chocante, assim nossa eu vou ter que desenvolver algumas atividades que não são específicas da T.O que eu não vejo só T.O nisso, ou eu vou ter que ser inserido em algumas atividades que não”. E2*

*“Então é difícil porque acaba que a gente está inserido num contexto multiprofissional onde além de eu ter que ver como Terapia Ocupacional eu tenho que ver como farmacêutico, como psicólogo, eu tenho que entender da profissão do outro para discutir o caso, pra fazer um apoio matricial, nas reuniões de matriciamento”. E3*

O reconhecimento da profissão é considerado como uma questão importante pois se relaciona com a identidade construída na sociedade (CARVALHO, 2012). Segundo Kielhofner (1997), o paradigma, o modelo define uma profissão e apresenta ideia sobre sua prática.

### **3.2 Diferencial da profissão;**

Alguns participantes informaram que atuação mesmo sendo multidisciplinar tem uma característica específica da Terapia Ocupacional, é marcado conforme Caniglia (2008), pela direcionalidade técnica que é pertinente ao processo de trabalho humano; presume uma ação para fazer com que os instrumentos funcionem sobre o objeto resultando um efeito útil. Vejamos depoimentos:

*“O trabalho do NASF em si ele é multi. A ideia é que qualquer profissional da equipe consiga fazer o que é trabalho do NASF agora o que é atendimento da terapia ocupacional aí e da terapia ocupacional aí eu consigo notar muito bem a minha diferença em relação às outras profissões né, e agente é a única profissão que olha a rotina, cotidiano que está preocupado com o desejo da pessoa, não é a única em relação ao desejo, mas cotidiano rotina a ocupação como sendo o que significativo para a pessoa”. E1*

A prática da Terapia Ocupacional se encontram no exercício cotidiano das pessoas e para isso segundo Ribeiro e Machado (2008), devem poder sair do discurso técnico para fazer sentido, se inteirar da realidade social, com seus conflitos, contradições, sentidos e contrassentidos, assim, a terapia ocupacional para se constituir de fato como promotora da reabilitação psicossocial, deve estar nas ruas, nas praças, na vida, estabelecendo um cuidado que prioriza a liberdade de criação de todos os sujeitos envolvidos. O propósito é o indivíduo sua história e necessidade, a situação-problema que está posta, o contexto da saúde e doença. No campo da saúde, o processo de trabalho é a produção do objeto, a saúde humana (CANIGLIA, 2008).



*“Como Terapeuta Ocupacional, eu acho que a nossa atuação ela é de trazer um olhar mais humanizado é de puxar a equipe um pouco mais pra subjetividade, compreensão dos problemas, porque os casos são muito complexos é uma técnica específica que a gente tenha aprendido não vai resolver caso, nenhuma técnica que eu digo é de reabilitação física e nem uma abordagem que seja subjetiva, ela não vai resolver o caso porque é de uma complexidade muito grande, entendeu mais da gente conseguir refletir sobre os problemas da população, é fazer isso com a equipe e muito importante” E2*

*“A Terapia Ocupacional é um dos poucos profissionais que vê potencialidade, não vê doença, aí por exemplo chega uns casos pra mim demanda de queixas, de fragilidades, de doenças sintomas, aí eu sempre pergunto o que essa pessoa gosta de fazer, ela vai à igreja, participa de algum grupo na comunidade ela trabalha com o que sabe. Até pros meus colegas mesmo é muito difícil para eles veem potencialidade no paciente eles só conseguem ver a limitação, claro que eu também olho a limitação olho para doença, mas eu acho que a terapia ocupacional ele vê isso como uma parte, não é o todo da pessoa sabe,” E3*

As intervenções em Terapia Ocupacional se caracterizam através da utilização da atividade, componente centralizador e orientador, na formação complexa e contextualizada do processo terapêutico (WFOT, 2003, p. 70). A terapia ocupacional trabalha com um referencial sobre o processo saúde e doença filiada à racionalidade biomédica e uma linha que valoriza o social para pensar e agir em um esforço grandioso para construir uma intervenção diferenciada.

### **3.3 Interação dinâmica entre os saberes;**

Os participantes referiram sobre o desafio das dinâmicas relacionais com a equipe do NASF e ESF, Mendes et al (2008), diz que a interação dinâmica entre os saberes, é parte auxiliar do processo de trabalho e a efetividade do cuidado, na medida em que diferentes conceitos podem relacionar-se como indicado no relato abaixo.

*“E tranquila, são pessoas diferentes em todo lugar sempre vai ter uma coisa aqui outra lá, e então às vezes tem uma opinião sobre um caso e às vezes o outro tem uma opinião completamente diferente, tem um pouco disso, mais enviesadas, umas opiniões mais rígidas mas eu digo até preconceituosas até, que as vezes atrapalha um pouco o*



*processo de pensar o sujeito de pensar a equipe de pensar várias coisas, mas nada mais humano né e isso lidar com seres humanos né.” E1*

A interdisciplinaridade requer um objetivo comum e a disponibilidade ao diálogo (CUNHA; CAMPOS, 2011), a troca de conhecimento e o diálogo são fundamentais para práticas de saúde, sendo evidente na atenção primária à saúde, em que ninguém é dono de todo o saber necessário.

*“Acho que parte muito da questão relacional da equipe do NASF com a equipe ESF porque eu acho que tudo é uma questão de relacionamento, porque se eu conheço uma pessoa me torno mais íntimo dela, eu conheço o trabalho dela a gente tem uma relação melhor, isso assim era uma troca com a equipe, o NASF nem precisava demandar as vezes a própria equipe trazia, os agentes comunitários de saúde, os enfermeiros falavam então assim isso surgia, mas é um trabalho complicado que demanda tempo, demanda muito vínculo, empatia.” E2*

*“Tem que saber da Terapia Ocupacional e tem que está estudando, além saber dos outros, você não consegue propor nada de intervenção na atenção básica em uma equipe multiprofissional, se não conhecer um pouco das outras profissões, mas a terapia ocupacional tem espaço.” E3*

Segundo Andrade, et al, (2012), independentemente das diferentes formações profissionais é fundamental um elevado grau de articulação e compartilhamento de ações na unidade de saúde, mas sobretudo a interdisciplinaridade no processo de trabalho e na eficiência de cuidado de toda a equipe, tanto dos profissionais da ESF quanto os do NASF. Os profissionais que atuam no NASF demonstram dificuldades em sua prática de saúde, para a criação de possibilidades, atuações conjuntas, integradas e intersetoriais. O que remonta a necessidade de flexibilidade e interlocução dos envolvidos (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

*“O terapeuta ocupacional tem que ser muito versátil, tem que está o tempo todo estudando tem que saber de medicação porque a medicação pode mudar muito a atividade proposta. Você não consegue propor nada de intervenção na atenção básica em uma equipe multiprofissional se não conhecer um pouco das outras profissões.” E3*

À dinâmica de organização dos serviços de saúde através da articulação entre ESF e NASF, conforme as falas, mostra que os processos de trabalho dos mesmos ainda se concentram no apoio matricial conforme depoimentos abaixo:

*“É uma equipe composta por vários profissionais especialistas que dá apoio às equipes de estratégia da família, é um serviço de retaguarda né é uma equipe especializada que está ali pra fazer matriciamento, para dar apoio técnico pedagógico e assistencial para essas equipes da estratégia da saúde da família.” E1*

*“Os principais assim pontos do NASF, pontos de trabalho do NASF que é o apoio institucional e o apoio matricial eles são trabalho que podem ser desenvolvidos por qualquer profissional de saúde.” E2*

*“O próprio apoio matricial ele é modificado para uma reunião específica só para uma reunião que não é resolutive que é só para determinar quem vai atender que tipo de coisa tal hora é tal dia. “Acaba que a gente chegou a conclusão que o matriciamento acontece o NASF com NASF e aonde a gente vai reunir os casos saber o que a gente pode fazer.”E3*

Assim para Andrade, et al, (2012), uma provável justificativa para esses discursos é que as atividades da ESF e do NASF ainda são desenvolvidas em conjunto com o modelo de unidades básicas de saúde e o NASF é entendido como referência e não como suporte, outro aspecto é que o NASF requer o envolvimento dos profissionais nos trabalhos da ESF na busca de efetivação do SUS. É bom ressaltar, que não existe justificativa para questionar o apoio matricial, pois o mesmo é um dispositivo importante para ampliação da clínica; ao mesmo tempo, para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar, pressupõe-se algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico.

### **3.4 Extinção do NASF;**

Tratando-se de uma estratégia inovadora, o NASF demanda a necessidade da equipe criar espaços físicos com suporte para realizar reuniões, planejamentos e discussão de casos, tendo como objetivos a criação de projetos terapêuticos que serão compartilhados por toda a equipe e reconhecida por gestores na forma de projeto terapêutico singular (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010) e os relatos dos participantes creditam ao NASF quase uma visão utópica de atuação. Analisando as estratégias para

melhorar e aumentar a qualidade do atendimento das ações oferecidas aos usuários, nota-se nos relatos falta de experiência dos profissionais das equipes do NASF e do ESF nas práticas da promoção da saúde quanto o desinteresse, por falta de informação, em relação às ações propostas por essas equipes. Faltam as equipes dos NASF e da ESF uma melhor orientação com relação às reais características de suas atribuições. No depoimento é sinalizado ações equivocadas pela equipe do NASF, como atendimentos individuais e coletivos nas unidades de saúde, isso, contrariando o principal objetivo do NASF, que é o apoio matricial.

*“Seria interessante que sei lá que tivesse uma equipe mesmo que essa equipe continuasse porque as demandas específicas elas não vão deixar de existir, é se você achar que o enfermeiro, que o médico, o agente, os técnicos dão conta disso e a mesma coisa de você falar pro governo que não precisa dos especialistas, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, você já instrumentalizou eles já tão sabendo já dão conta mais ou menos, uma coisa mais superficial e os terapeutas ocupacionais que podiam estar aqui fazendo isso os fios, eu acho que é complicado isso, mas eu gosto muito de atenção primária de NASF da ideia do apoio técnico.” E1*

Nascimento & Oliveira (2010), diz que o NASF tem como essencial desafio modificar a cultura organizacional no SUS, e alguns desconhecem o principal objetivo do NASF, considerando inclusive a prática do apoio matricial como especialização em áreas específicas como terapia ocupacional e psicologia.

*“Quanto o campo de Terapia Ocupacional olha eu acho complicado, não acho que prejudicaria muito assim se o NASF fosse extinto porque eu acho que novos campos se abririam porque se precisa desse tipo de profissional da equipe de reabilitação no caso né da fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, são necessárias na atenção básica principalmente pra poder desafogar os outros serviços, então não sei se atingiria muito assim o campo da terapia ocupacional, eu não acho que a gente dar esse apoio técnico pedagógico para equipes isso vai sei lá ameaçar a nossa profissão digamos acho que não vai, até porque aqueles profissionais eles aprendem o mínimo pra eles conseguirem administrar a população, mas eles não vão se formar em terapeutas ocupacionais, não vão se tornar psicólogos não vão se especializar e muitas vezes mesmo que ele faça aquilo eles nem querem fazer isso na verdade, outro problema eles não entendem.” E2*

*“A gente estava prevendo é que o NASF vai acabar que não dá certo eles vão criar outra sigla para substituir o NASF. A Terapia ocupacional vai ajudar nisso é nisso, entendeu é você se inserir dentro do contexto deles agora é isso saber, então eu acho assim o nosso campo não tá diminuindo tá aumentando, é se o NASF para de existir vai ser muito melhor porque a Terapia Ocupacional vai entrar com outra tecnologia que pode se pensar ou não, mas assim isso é uma utopia.”E3*

No NASF o modo como as organizações de saúde vêm se estruturando, é um dos desafios na atuação dos profissionais, pois além de trabalhar com a equipe multiprofissional e de maneira interdisciplinar, o sistema precisa de uma cogestão para que os problemas sejam apresentados, analisados e quando possível removidos ou minimizado (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Ainda que seja possível uma descrição singela desse tipo de trabalho em grupo, não é simples, no cotidiano, estabelecer-se esse tipo de diálogo, com decisões e tarefas definidas de modo compartilhado. É um desafio que não pode significar extinção.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

A Terapia Ocupacional ainda está se construindo e se apropriando do papel que desempenha no NASF, na relação com a atenção primária a saúde e no conhecimento do próprio NASF. O que foi identificado é que a consolidação do NASF, depende de uma ampla reformulação da mentalidade dos terapeutas ocupacionais quanta as ações e principalmente quanto ao apoio matricial e na relação com os vários saberes.

Assim é possível perceber que a realidade vivenciada pelo Terapeutas Ocupacionais do NASF incita a necessidade de educação permanente em saúde, que permita aos Terapeutas Ocupacionais conhecimentos constantemente ressignificados, visando lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado no NASF, serviço de vital importância para a população.

## 5. REFERÊNCIA

ANDRADE, Lucas Melo Biondi de; et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_N\\_154\\_GMMS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. *Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.48-55, 24 out. 2011. 2011a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_39.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/dab/Portaria\\_n\\_3124\\_2012.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/Portaria_n_3124_2012.pdf)> Acesso em: 21 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ***Diretrizes do NASF***. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27, série A. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)> Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (2008a, Art.1º). Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. ***Diário Oficial da União***. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)> Acesso em: 12 out. 2016.

CANIGLIA, M. Processo de trabalho na área da saúde e o ato terapêutico ocupacional. **Revista Baiana de Saúde Pública** / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. - v.32, supl. 1, out. 2008 - Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2008.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 23, n.2, p. 399-407; fev. 2007.

CUNHA, G. T; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc** 2011; 20: 961-70.

CARVALHO, Claudia Reinoso Araújo. A identidade profissional dos terapeutas ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 364-371, 2012.

CARVALHO, C. R. A. de. **A atuação dos terapeutas ocupacionais em unidades públicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2010. Dissertação (mestrado em saúde pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

COFFITO. Terapia Ocupacional / Formação Profissional. [1975]. Disponível em:< [http://coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=9](http://coffito.gov.br/nsite/?page_id=9)> Acesso em: 16 out 2016.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 575-625.

KIELHOFNER, G. *Conceptual foundation of Occupational Therapy*. Philadelphia: F. A Davis Company, 1997.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**; São Paulo, v.19, n.2, ago. 2008.

MENDES, Jussara Maria Rosa; LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Carvalho. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 24-32, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, mar. 2012.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, C. M. A. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96. 2010.

NEISTADT, M. E. Introdução à avaliação e entrevista. In: WILLARD & SPACKMAN. **Terapia ocupacional**. 9a. ed., São Paulo: Click Books, 2008.

OLIVER, F. C.; ALMEIDA, M. C. Reabilitação baseada na comunidade. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 125-132.

ROCHA, E. F.; et al. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos**, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012.

REIS, F.; GOMES, M. L.; AOKI, M. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos**, v. 20, n. 3, p. 341-350, 2012.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008.

RASERA, E. F.; JAPUR, Marisa. Contribuições do pensamento construcionista para o estudo da prática grupal. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teórica e metodológicas**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SPINK, M.J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2004. p.93-122.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (WFOT). Definições de terapia ocupacional. Apoio: Faculdades Salesianas de Lins, CETO/ SP, ABRATO; 2003.



## 6. APÊNDICES

### APÊNDICE - TCLE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

##### Prezado Profissional,

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Terapia Ocupacional no Núcleo de Atenção à Saúde da Família: Uma Prática em Construção-Ceilândia- DF”**.

O objetivo desta pesquisa é: Entender como a prática da terapia ocupacional vem sendo construída no cenário da atenção primária de saúde.

Para a pesquisa será realizada uma entrevista, que posteriormente será transcrita. A entrevista ocorrerá no Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), na Universidade de Brasília ou em outro lugar previamente combinada, em uma data combinada antecipadamente, com tempo estimado de aproximadamente 60 minutos.

Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo, através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a) a partir da substituição por um código do seu nome e características que permitiriam lhe identificar.

Os resultados da pesquisa serão divulgados para a rede de serviços de saúde e de assistência social podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3325-4955.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone das 08h às 18h, ou se preferir enviar e-mail para: Josenaide Engracia dos Santos, número (61)91640758, e-mail: [josenaidepsi@gmail.com](mailto:josenaidepsi@gmail.com). Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa. Assinatura do entrevistador:\_\_\_\_\_

Nome do participante voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador:\_\_\_\_\_

1ª. Via – Sujeito da pesquisa)  
(2ª. Via – Pesquisador)